

l'espace poplité. Au reste, tous ces procédés ne sont guère propres que pour exercer la main sur le cadavre; sur le vivant on préfère lier la fémorale.

6° *Ligature de l'artère fémorale.*

L'artère fémorale s'étend depuis l'arcade crurale jusqu'à l'extrémité du canal du troisième adducteur, occupant ainsi un peu plus des deux tiers de la longueur du fémur. Chez un adulte, cet os ayant de 42 à 43 centimètres, la limite inférieure de l'artère est à 13 ou 14 centimètres du bord inférieur du condyle interne. Elle suit la direction d'une ligne qui, du milieu de l'arcade, descendrait au milieu de l'espace poplité en contournant obliquement la cuisse en dedans.

Dans toute son étendue, l'artère est contenue dans une gaine aponévrotique très forte, qui, à la partie supérieure, s'élargit pour former le canal crural; et à sa partie inférieure, se confond avec le canal fibreux formé par le dédoublement de l'aponévrose d'insertion du grand adducteur. Elle est partout accolée à sa veine satellite, située plus en dedans et un peu en arrière; et quelquefois, près de sa terminaison, à une seconde veine située en avant et en dehors; dans son tiers supérieur, elle est croisée dans une petite étendue par un mince filet nerveux qui ne fait guère que traverser la gaine; plus bas, elle est rejointe par le *nerf saphène interne*, qui pénètre dans la gaine un peu au-dessous du triangle inguinal, et s'applique sur le côté antérieur et externe du vaisseau. Quant aux couches qu'il faut diviser pour l'atteindre, depuis son origine jusqu'au bas du triangle inguinal, elle n'est recouverte que par l'aponévrose fémorale, formant la paroi antérieure de la gaine; à partir de là, dans une étendue à peu près égale, le couturier vient passer par-dessus, en la recouvrant d'abord par son bord interne; enfin dans son tiers inférieur, le couturier l'ayant croisée obliquement en bas et en dedans, la recouvre surtout par son bord externe.

Reste à signaler les branches qu'elle fournit. Dans son tiers supérieur, elle donne successivement: 1° presque immédiatement au-dessous de l'arcade, la *tégumentouse abdominale*; 2° un peu plus bas, les deux *honteuses externes*; 3° plusieurs artérioles sans nom ou comprises parmi les *artères musculaires*; 4° souvent les deux *circulaires*, 5° enfin l'*artère fémorale profonde*. Le tiers moyen de l'artère ne fournit que des artérioles, dites *artères musculaires*; le tiers inférieur donne la *grande anastomotique*, qui naît tantôt immédiatement avant le passage de l'artère dans le canal du grand adducteur, tantôt et presque aussi souvent au-dessous de ce canal, c'est-à-dire

non plus de la fémorale, mais de la poplitée; on la décrit alors sous le nom d'*articulaire supérieure interne*.

On peut lier l'artère fémorale dans tous les points de son trajet. Mais les procédés ne varient guère que pour le tiers inférieur, le tiers moyen et le tiers supérieur.

1° *Ligature au tiers inférieur.* — Nous avons vu que l'artère est ici recouverte principalement par le bord externe du couturier. En conséquence, la cuisse étant légèrement fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, tout le membre reposant sur sa face extérieure, on cherche à reconnaître à l'œil ou avec les doigts le bord externe du muscle, et l'on fait le long de ce bord, à quelques millimètres en dedans, une incision qui commence un peu au-dessous de la partie moyenne de la cuisse, se prolonge en bas dans une étendue de 7 à 8 centimètres, sans descendre jamais au delà de quatre doigts environ des condyles du fémur. Si l'embonpoint masquait absolument le couturier, l'incision suivrait la ligne de direction de l'artère, sauf, après avoir mis à nu l'aponévrose, à procéder à la recherche du muscle. Celui-ci bien reconnu, on divise l'aponévrose à quelques millimètres en dedans de son bord externe, et on le fait attirer en dedans à l'aide d'un crochet mousse. Alors, sur le vivant, on sent les battements de l'artère; sinon, on reconnaît sa gaine aponévrotique, d'abord parce qu'elle forme le fond d'un sillon qui sépare le muscle vaste interne des adducteurs; en second lieu, parce qu'elle tranche par sa couleur nette sur les aponévroses voisines; troisièmement enfin, parce qu'elle laisse souvent entrevoir par transparence la couleur bleue de la veine crurale. On ouvre cette gaine avec précaution, et l'on tombe sur l'artère, ayant la veine en dedans, le nerf saphène en avant et en dehors, et quelquefois une seconde veine entre l'artère et le nerf. Il ne reste plus qu'à ouvrir la gaine celluleuse propre de l'artère, et à glisser la sonde par-dessous, de dedans en dehors, afin de mieux ménager la veine.

Quand on veut passer la sonde cannelée sans avoir divisé la gaine celluleuse, celle-ci offre parfois une résistance très forte, qui avertit l'opérateur de l'oubli qu'il vient de commettre.

Avec la même incision un peu prolongée par en bas, au-dessous du couturier on tomberait sur le canal fibreux du grand adducteur; et en divisant près de l'os l'attache aponévrotique de ce muscle, on aurait pareillement l'artère et la veine à découvert.

2° *Ligature au tiers moyen.* — Même procédé, si ce n'est que l'incision doit se faire sur le couturier le long de son bord interne,

et que le muscle mis à nu doit être rejeté en dehors. Seulement, l'incision de la peau et des couches sous-cutanées doit être poursuivie avec lenteur et précaution, de peur de léser la veine saphène.

Vers l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, le couturier étant à cheval sur l'artère, on pourrait faire l'incision près de son bord externe ou de son bord interne indifféremment. Au cas où ce muscle opposerait trop d'obstacle, Desault a même conseillé de le couper en travers.

3° *Ligature au tiers supérieur ou dans le triangle inguinal.* — Il faut se rappeler que ce triangle a sa base à l'arcade crurale, et son sommet formé à 10 centimètres plus bas, par la rencontre du couturier et du premier adducteur. L'artère, dans toute cette étendue, n'est recouverte que par l'aponévrose; aussi sur le vivant peut-on la suivre à ses battements. Si cette ressource manquait, on aurait la direction de l'artère en tirant une ligne du milieu de l'arcade au sommet du triangle; pour être exact, le centre de l'artère est à 6 ou 8 millimètres plus en dedans que le milieu de l'arcade.

On fait donc dans cette direction une incision de 6 à 8 centimètres, en prenant garde d'incliner trop en dedans, de peur de rencontrer la veine saphène. L'aponévrose mise à nu, on l'ouvre, et l'on tombe sur les vaisseaux avec les rapports indiqués.

Appréciation. — La ligature de la fémorale est une opération grave; Norris en a rassemblé 204 observations qui ont donné 50 morts. Outre les dangers communs à toutes les opérations sanglantes, elle en a qui lui sont propres, la gangrène du membre et l'hémorrhagie; Norris a compté 31 cas de gangrène dont 23 suivis de mort, et 24 hémorrhagies dont 10 ont été directement mortelles. Il est vrai que plusieurs de ces accidents peuvent être rapportés, soit à la nature de l'affection primitive, soit aux procédés suivis. Ainsi, sur 5 anévrysmes variqueux, 4 sujets ont succombé, soit à la gangrène, soit à l'hémorrhagie, soit à ces deux accidents réunis; tandis que 6 ligatures pratiquées pour plaies récentes ou anévrysmes traumatiques de l'artère crurale, ont complètement réussi. J'ai déjà dit (p. 431) que la ligature au tiers supérieur, pour les anévrysmes poplités, expose spécialement à la gangrène; au tiers inférieur, les hémorrhagies sont plus communes.

A tout prendre, la ligature au tiers inférieur est incontestablement préférable dans les cas d'anévrysmes poplités; mais une question assez importante est de savoir s'il vaut mieux lier l'artère avant son passage dans le canal du grand adducteur, ou dans ce canal même. Dans le canal, on risque de laisser au-dessus de la ligature

la grande anastomotique, qui nuira à la formation du caillot supérieur; au-dessus du canal, on sacrifie cette importante collatérale, et l'on accroît ainsi les chances de la gangrène, qui s'est montrée aussi quelquefois après le procédé de J. Hunter. Enfin, même à cette hauteur, le voisinage de la grande anastomotique au-dessous de la ligature peut nuire à la formation du caillot inférieur; et quelques chirurgiens préfèrent attaquer l'artère dans sa partie moyenne. Il y a péril de tous côtés; toutefois, l'existence de la grande anastomotique n'étant rien moins que constante, je suis beaucoup plus frappé du danger de la gangrène; et le lieu d'élection me paraît être dans le canal du troisième adducteur.

La ligature au tiers moyen s'opère loin de toute grande collatérale, conséquemment à l'abri d'une des plus redoutables causes d'hémorrhagies. Mais il en est tout autrement au tiers supérieur. Là, d'abord, une ligature placée immédiatement au-dessous de l'arcade, aura au-dessus d'elle les origines des artères épigastrique et circonflexe iliaque, branches de l'iliaque externe, qui nuiront à la formation du caillot supérieur. En descendant quelque peu, on laissera au-dessus les origines de la tégumentouse abdominale et des honteuses externes, tandis qu'au-dessous on se rapprochera de la fémorale profonde, obstacle redoutable à la formation du caillot inférieur. J'ai dit que Scarpa portait de préférence la ligature au bas du triangle; Hodgson dit de 10 à 13 centimètres au-dessous de l'arcade. Or, là même encore, les anomalies de la fémorale profonde ne laissent pas une entière sécurité.

Cette artère naît généralement de 2 à 5 centimètres au-dessous de l'arcade, mais elle naît aussi quelquefois sous l'arcade même; chez un sujet auquel Bégin avait lié la crurale immédiatement au-dessous de l'arcade, la fémorale profonde se trouvait juste au-dessus de la ligature, et il y eut une hémorrhagie mortelle. Quain l'a vue naître 15 fois sous cette arcade, ou dans un espace de 13 millimètres au-dessous; M. Ch. Viguerie 28 fois dans un espace de 2 centimètres. D'autres fois, elle descend beaucoup plus bas; M. Ch. Viguerie l'a rencontrée 10 fois entre 6 et 8 centimètres; Quain l'a vue une fois à 10 centimètres. Ainsi, avec la ligature au bas du triangle inguinal, la fémorale profonde, naissant immédiatement au-dessus, empêcherait le caillot supérieur; bien plus, Mortier et Dubruel, en plaçant la ligature au point indiqué, ont perdu chacun un opéré par hémorrhagie du bout inférieur, la fémorale profonde s'ouvrant à 5 ou 6 millimètres au-dessous de la ligature.

Sans doute de telles anomalies peuvent se rencontrer partout; et ce ne serait pas une raison suffisante pour condamner la ligature au sommet du triangle, en cas d'indication formelle. Mais plus près

de l'arcade crurale, aux anomalies s'ajoutent les dispositions régulières pour montrer le péril imminent ; M. Ch. Viguerie a même proposé assez clairement de donner la préférence à la ligature de l'iliaque externe ; et cette idée me paraît digne d'une très sérieuse attention.

7^o *Ligature de l'artère iliaque externe.*

Cette artère naît de l'iliaque primitive, à peu près au niveau de l'articulation sacro-iliaque, quelquefois plus haut, et jusqu'au niveau de la cinquième vertèbre lombaire. Elle descend obliquement en ligne droite jusqu'à l'éminence ilio-pectinée, à 6 ou 8 millimètres en dedans de la partie moyenne de l'arcade crurale, le long de la saillie formée par le psoas, ayant la veine iliaque à son côté interne et postérieur, un petit nerf entre eux ou même tout à fait sur l'artère, un autre petit tout à fait en dehors. Un tissu cellulaire lâche entoure ces vaisseaux et les sépare du péritoine. Bogros a d'ailleurs partagé cette artère en deux portions, l'une supérieure, s'arrêtant à 12 ou 15 millimètres de l'arcade, recouverte par le péritoine, et ne fournissant aucune branche latérale, à part des ramuscules capillaires ; l'autre inférieure, sur laquelle le péritoine ne se prolonge point, et qui fournit les artères épigastrique et circonflexe iliaque. Dans cette portion inférieure, l'artère peut donc être mise à nu sans décoller le péritoine ; plus haut, ce décollement est indispensable.

Dans tous les cas, il faut ouvrir la paroi abdominale antérieure jusqu'au delà du fascia transversalis ; et c'est là que se trouvent des organes importants à ménager : d'abord le canal inguinal, contenant le cordon testiculaire chez l'homme, le ligament rond chez la femme, et qui, naissant en dehors à peu près sur le trajet de l'artère, descend en dedans parallèlement à l'artère crurale ; puis l'artère épigastrique, qui longe le bord interne de l'anneau supérieur, et suit à peu près la même direction que l'artère iliaque même, marquée par le trajet d'une ligne oblique remontant du milieu de l'arcade crurale jusqu'à l'ombilic. La tégumentouse abdominale, logée sous la peau, suit une direction analogue.

Toute incision qui remonterait, verticalement ou obliquement, au côté interne de l'artère iliaque, exposerait à blesser et ces artères et le cordon ; aussi est-ce en dehors que se sont principalement portés les opérateurs. Abernethy avait d'abord divisé la paroi abdominale sur le trajet de l'artère ; puis la peur de blesser l'épigastrique l'engagea à incliner son incision par en haut du côté de l'épine iliaque. A. Cooper exagéra cette inclinaison, en commençant son incision un peu au-dessus de l'anneau inguinal supérieur, et la conduisant en forme de croissant vers le bord du ligament de Pott, pour re-

monter ensuite à 4 centimètres du bord interne de l'épine iliaque. Bogros a proposé tout simplement une incision parallèle à l'arcade crurale et immédiatement au-dessus, à égale distance de l'épine iliaque et de la symphyse pubienne ; il ouvrait ainsi le canal inguinal dans toute son étendue, et dilatait l'anneau supérieur avec le doigt pour mettre à nu l'artère épigastrique, qui devait conduire à l'artère iliaque.

Je confesse d'abord que je ne comprends pas le motif de l'incision en croissant d'A. Cooper, qui s'éloigne à plaisir de l'artère, et laisse la ligature au fond d'une plaie oblique et profonde, comme pour mettre obstacle au libre écoulement du pus. Le second procédé d'Abernethy encourt en partie les mêmes reproches ; celui de Bogros coupe nécessairement l'artère tégumentouse, détruit le canal inguinal, et rend presque inévitable une hernie consécutive ; enfin il ne permet guère de lier l'artère que dans sa portion inférieure. Le premier procédé d'Abernethy est de beaucoup préférable ; seulement il fallait éviter l'artère épigastrique. Or cette artère, remontant en dedans de l'anneau inguinal supérieur, s'éloigne ainsi de ce côté de l'iliaque externe, et en incisant sur le trajet même de l'artère, on n'aurait déjà rien à risquer. Pour plus de précaution, je reporte l'incision à quelques millimètres en dehors ; et tel est le procédé que j'ai mis deux fois en usage avec le succès le plus complet.

Procédé de l'auteur. — Je pratique une incision qui, commençant au-dessus de l'arcade, plus ou moins haut suivant le besoin, et quelques millimètres en dehors de la partie moyenne de cette arcade, remonte à 6 ou 8 centimètres plus haut, dans la direction d'une ligne qui aboutirait à 3 centimètres en dehors de l'ombilic. La peau et les fascias étant divisés, on aperçoit l'aponévrose du grand oblique, qu'on divise de même. Puis, glissant le doigt par-dessous les muscles petit oblique et transverse, on les refoule en haut ; et, selon le point où l'on veut lier l'artère, on se contente de ce refoulement, ou bien on les divise en les soulevant avec deux doigts, et dans la même direction que l'incision extérieure. Le doigt va alors à la recherche de l'artère qu'il essaye de décoller de la veine, soit en l'attaquant par son côté interne, soit en glissant entre les deux vaisseaux par son côté externe. Quelquefois il faut amener ensemble tout le paquet, et avec la sonde cannelée, ou même le bistouri, dégager l'artère des tissus fibreux et des ganglions qui l'enveloppent. On passe ensuite la ligature à l'aide de l'aiguille d'A. Cooper.

Avec ce procédé, on est également éloigné de l'artère épigastrique, de l'artère tégumentouse, de l'artère circonflexe ; en sorte

qu'il n'y a ni perte de sang, ni autre vaisseau à lier que celui qui est le but de l'opération. De plus, si l'artère doit être liée assez bas, on ne fait qu'une incision peu étendue, et s'il faut inopinément remonter plus haut, on n'a qu'à agrandir l'incision dans le même sens. Enfin ce procédé ménage le canal inguinal, et tend ainsi à prévenir les hernies consécutives. Mes deux opérés n'offraient encore aucune imminence de hernie plusieurs années après l'opération.

Appréciation. — Norris a réuni 118 observations de ligature de l'iliaque externe, qui ont donné 33 morts; mais il convient d'éliminer trois anévrysmes variqueux, tous trois suivis de mort, soit par gangrène, soit par hémorrhagie. En nous bornant aux anévrysmes spontanés, sur 96 cas, il y a eu 24 morts, dont 5 par hémorrhagie et 9 par gangrène du membre; sans compter un dernier sujet qui fut sauvé de la gangrène par l'amputation.

Le procédé de Bogros, n'arrivant à l'iliaque que par l'épigastrique, servirait donc naturellement à lier cette dernière; mais elle n'est guère blessée que dans l'opération de la hernie étranglée; et nous indiquerons alors à la fois les moyens de l'éviter et d'y porter une ligature avec sécurité.

8° Ligature de l'artère iliaque interne.

Stevens l'a liée le premier en 1812, pour une énorme tumeur anévrysmale de la fesse, en imitant le premier procédé d'Abernethy.

Une incision de 12 à 13 centimètres de long fut pratiquée à 13 millimètres en dehors de l'artère épigastrique, et parallèlement à cette artère. La peau et les muscles successivement divisés, on détruisit les adhérences naturelles du péritoine avec les muscles iliaque et psoas, et on le rejeta en dedans jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive. On put alors sentir au fond de la plaie l'artère iliaque interne, et même la presser entre l'indicateur et le pouce, ce qui fit cesser les battements de la tumeur. L'artère parut d'ailleurs saine et bien isolée; on passa une ligature à 12 millimètres au-dessous de son origine.

Norris a réuni sept cas de ligatures de cette artère, sur lesquels il y a eu quatre guérisons.

9° Ligature de l'artère iliaque primitive.

L'iliaque primitive continue par en haut le trajet de l'iliaque externe, et se détache généralement de l'aorte vis-à-vis la quatrième

vertèbre lombaire, en remontant quelquefois jusqu'à la troisième, et plus souvent descendant jusqu'à la cinquième. Au total, la bifurcation de l'aorte répond assez bien à l'ombilic, à un niveau généralement supérieur à celui de la crête iliaque, bien qu'elle puisse descendre au-dessous. L'iliaque droite passe au-devant de la veine cave inférieure avant de rejoindre sa veine satellite; toutes deux ont leur veine en dedans et en arrière. Elles sont croisées en avant à angle aigu par l'uretère, rapport fort important; enfin elles sont appliquées en dehors contre le muscle psoas, et recouvertes par le péritoine.

On peut aller à la recherche de l'artère par trois voies différentes; ou bien, inciser directement sur son trajet en traversant le péritoine; c'est le procédé de Garviso, et quoi qu'il ait réussi une fois, je ne conseillerais à personne de l'imiter; ou bien pratiquer l'incision vers le flanc, et décoller le péritoine de dehors en dedans, procédés de Crampton et de Salomon; ou enfin adopter l'incision extérieure déjà indiquée pour l'iliaque externe et l'iliaque interne, et décoller le péritoine de bas en haut.

Procédé de Crampton. — L'incision, commencée au niveau de l'extrémité antérieure de la dernière fausse côte, fut menée en bas et en avant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, dans une direction curviligne à concavité antérieure. Les muscles furent ensuite séparés avec le bistouri de leurs attaches à la crête iliaque, jusqu'à ce que la main tout entière pût pénétrer par l'incision, et, en décollant le péritoine, aller chercher l'artère iliaque primitive. On parvint à l'amener sous les yeux et à la séparer de la veine et de l'uretère, qui, semblable à un cordon blanc, croisait la direction du vaisseau. L'opération ne dura en tout que vingt-deux minutes; à peine y avait-il eu quelques gouttes de sang versé.

Salomon reproche à ce procédé de décoller le péritoine dans une trop grande étendue, et de rendre la recherche de l'artère trop difficile. Il l'a donc modifié ainsi qu'il suit.

Procédé de Salomon. — Il fit une incision de 10 à 12 centimètres, commençant à 2 centimètres et demi en dedans de l'épine iliaque, et remontant parallèlement à l'artère épigastrique, jusqu'à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Les muscles divisés à leur tour, il décolla le péritoine avec le doigt; mais la profondeur de la plaie ne permit pas de voir l'artère, qu'il fallut isoler à l'aide du toucher seulement.

Il est trop évident qu'en rapprochant son incision de l'ombilic,

Salomon, contre son désir, devait décoller bien plus largement le péritoine, et s'éloigner ainsi de l'artère. Pour procéder de ce côté, l'incision de Crampton mériterait donc la préférence.

Mais je confesse que, si l'état des parties laissait le choix libre, je n'hésiterais pas à adopter l'incision parallèle au vaisseau, avec refoulement de bas en haut du péritoine. Il ne faut pas en effet se préoccuper de la hauteur de l'artère à son origine; on ne peut la lier avec quelque sécurité que près de sa bifurcation; et la même incision qui permet de saisir et de lier l'iliaque interne, arrivera sans peine à la fin de l'iliaque primitive. Un autre motif très sérieux, c'est que plus d'une fois déjà on a lié l'iliaque primitive alors qu'on aurait pu se borner à lier l'iliaque externe; et le procédé qui les met à nu l'une après l'autre laisse jusqu'au bout la liberté de sa décision au chirurgien.

Norris a rassemblé 16 cas de ligature de l'iliaque primitive, sur lesquels il y a eu 9 morts. Dix fois entre autres elle a été pratiquée pour cause d'anévrysme; chose remarquable, 6 sujets ont survécu, et aucun ne paraît avoir été frappé de gangrène du membre inférieur.

40° Ligature de l'aorte abdominale.

Pratiquée trois fois sur l'homme, trois fois suivie de mort, et n'offrant aucune chance raisonnable de salut. Cela pourrait suffire; il y a cependant un dernier mot à ajouter: dans ces trois tentatives déplorables, l'autopsie a montré que l'anévrysme n'atteignait pas l'iliaque primitive, sur laquelle la ligature aurait pu être appliquée.

44° Ligature de l'artère fessière.

L'artère fessière a été liée plusieurs fois, soit pour des plaies qui l'avaient atteinte, soit pour des anévrysmes traumatiques.

Elle naît de l'artère hypogastrique, et, après un trajet qui varie de 2 centimètres et demi à 6 centimètres, sort du bassin immédiatement au-dessous du rebord supérieur de la grande échancrure sciatique, à peu près au milieu de la courbe qu'il décrit. Elle ne dépasse guère au dehors cette échancrure que de 5 millimètres, avant de se diviser en ses branches de terminaison; c'est donc à sa sortie même qu'il faut la découvrir et la lier. Or voici les données qui indiquent sa position.

Le sujet couché sur le ventre, la cuisse étendue et les orteils tournés en dedans, si l'on tire une ligne de l'épine iliaque postéro-supérieure jusqu'au milieu de l'espace qui sépare la tubérosité scia-

tique du grand trochanter, c'est à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de cette ligne que l'on trouvera l'artère (Lizars et Harrison).

M. Diday tend un fil du sommet du coccyx au point le plus élevé de la crête iliaque; le milieu de cette ligne indique pareillement le point d'émergence.

M. Bouisson a mesuré la distance qui sépare l'artère de trois saillies osseuses, et il a trouvé :

	Centimètres.
De l'épine iliaque antéro-supérieure...	10 à 11,50
De l'épine postéro-supérieure.....	6 à 7
Du point le plus élevé de la crête iliaque.	9 à 10

Enfin j'ai ajouté une autre donnée très simple: le sommet de l'échancrure sciatique, et conséquemment l'artère, se trouve sur une ligne horizontale aboutissant à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Pour la mettre à nu, il faut diviser la peau, le grand fessier et son aponévrose profonde, par une incision qui passe sur son point d'émergence; cette condition remplie, la direction de l'incision est à peu près indifférente, et l'on peut créer des procédés à bon marché.

Il en est cependant qui ont pour objet de ménager les fibres du grand fessier, et qui dirigent l'incision dans le sens de ses fibres, pour les séparer sans les diviser. Ainsi Harrison commence la sienne à 25 millimètres au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure, à égale distance du sacrum, et la conduit dans une étendue de 7 à 8 centimètres du côté du grand trochanter, en la faisant passer sur le lieu d'émergence de l'artère.

M. Diday tire sur la première ligne une perpendiculaire qui la coupe par le milieu, et sur laquelle il fait marcher le bistouri.

M. Bouisson préfère couper les fibres du muscle, pour que leur rétraction permette de mieux voir au fond de la plaie, et en conséquence il fait une incision transversale dont le milieu doit passer sur l'artère.

Ce dernier procédé me paraît l'emporter sur les autres, surtout en ce qu'il coupe les fibres musculaires, unique moyen, sur un sujet un peu gras et musculeux, de voir jusqu'au bout ce qu'on fait. Sans doute une incision verticale, ou oblique en bas et en arrière, arriverait au même but; mais l'incision transversale a ce double avantage; qu'elle sera régularisée par le point de repère que j'ai établi vers l'épine antéro-supérieure, et que, longeant le rebord supérieur dans une certaine étendue, elle ne risque pas, comme les autres, de tomber trop loin du vaisseau.

Lorsqu'on est arrivé sur l'artère, un point essentiel est de se rappeler combien elle est courte, afin de ne pas lier par erreur quelque une de ses branches.

On a proposé aussi des procédés pour la ligature de l'artère ischiatique et de la honteuse interne; mais Harrison ne les donne lui-même que comme renseignements, pour le cas d'une plaie récente, où le jet du sang dirigerait plus sûrement encore sur le vaisseau. M. Sappey a lié l'ischiatique pour un anévrysme: une prompte récédive, expliquée par les larges communications de cette artère avec plusieurs branches de la fémorale, l'ont amené à cette conclusion, qu'en pareil cas la méthode d'Anel est inférieure à l'ouverture du sac anévrysmal.

CHAPITRE VI.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES ARTICULATIONS.

Ce n'est pas ici le lieu de parler des opérations exigées par les luxations; les caries articulaires réclament des résections qui seront mieux traitées sous ce dernier titre; enfin, lorsqu'on veut détruire une ankylose, on agit essentiellement sur le tissu osseux. Il ne sera donc question dans ce chapitre que des hydarthroses et des corps étrangers articulaires.

1° Des hydarthroses.

On peut évacuer le liquide par de simples ponctions, *traitement palliatif*, ou tenter la cure radicale.

I. TRAITEMENT PALLIATIF. *La ponction.* — Quand l'hydarthrose est très considérable, on y plonge le trocart d'un coup brusque par le procédé ordinaire; s'il y a peu de liquide, le trocart doit être enfoncé lentement, jusqu'à ce qu'il arrive dans l'articulation.

Dans ce dernier cas, je me suis servi assez souvent d'un bistouri étroit porté à plat dans la synoviale, en relevant la lame de champ pour favoriser l'issue du liquide. Il est bon d'attirer préalablement la peau dans un sens ou dans l'autre, pour détruire le parallélisme de la ponction des téguments avec celle des tissus plus profonds; et l'on bouche ensuite la plaie avec une mouche de diachylon. Seulement, pour éviter l'inflammation, je regarde comme une précaution indispensable de maintenir le membre immobile sur un double plan incliné, au moins durant vingt-quatre heures.

Je ne compte plus aujourd'hui le nombre des ponctions que j'ai pratiquées, et jamais je n'en ai vu résulter le moindre accident. Une fois même, une certaine quantité d'air a pénétré dans la synoviale; je ne m'en suis pas autrement occupé, et le lendemain il était résorbé.

II. TRAITEMENT CURATIF. — Il consiste essentiellement à déterminer dans la synoviale une inflammation qui en modifie l'état pathologique, et prévienne le retour de l'hydarthrose.

Boyer cherchait à procurer l'inflammation suppurative, à l'aide de l'incision; procédé redoutable par ses conséquences, et qui doit être absolument rejeté. La prudence veut qu'on s'arrête à l'inflammation adhésive, ou même à une irritation substitutive qui modifie l'état de la synoviale sans y déterminer des adhérences. Il y a pour cela deux moyens: les incisions sous-cutanées et les injections.

1° *Incisions sous-cutanées.* — Elles se font par deux procédés, selon qu'on évacue ou non le liquide.

Procédé de M. Goyrand. — Il souleva les téguments, à la partie externe et supérieure du genou, en un large pli transversal qu'il donna à tenir à un aide; et pressant de la main gauche sur la rotule et la partie inférieure de la tumeur pour distendre la partie supérieure, il plongea à la base du pli, de haut en bas, un ténotome étroit sous les téguments; après quoi il incisa à plein tranchant l'aponévrose, les portions externe et moyenne du triceps, et le cul-de-sac supérieur externe de la synoviale. Etant ainsi entré dans l'articulation, il fit exécuter à l'instrument un mouvement de demi-rotation sur son axe qui dirigea le tranchant en avant, et débrida de la cavité articulaire vers la peau toutes les parties profondes, de manière à donner à l'incision une étendue de 15 à 18 millimètres. Le ténotome fut ensuite retiré; et sans chercher à vider la synoviale, il recouvrit la petite piqûre extérieure d'un emplâtre de diachylon.

Le liquide s'infiltra dans le tissu cellulaire de la cuisse au-dessous du triceps; la compression en hâta la résolution, et le dix-neuvième jour le sujet sortait guéri.

Procédé de l'auteur. — Je fais une ponction avec un bistouri étroit, en prenant les précautions indiquées; je laisse écouler la synovie, et je pratique sur la synoviale à droite, à gauche, en haut et en bas, des incisions sous-cutanées, sans agrandir la piqûre extérieure.

J'ai obtenu ainsi quelques cures radicales; mais le plus souvent l'hydarthrose a récidivé. Je n'oserais cependant laisser la synovie